



Perceptions et expériences des médecins généralistes quant à la prescription des inhibiteurs de la neuraminidase lors d'une épidémie de grippe

Karine Castellani

► To cite this version:

Karine Castellani. Perceptions et expériences des médecins généralistes quant à la prescription des inhibiteurs de la neuraminidase lors d'une épidémie de grippe. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01363985

HAL Id: dumas-01363985

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01363985>

Submitted on 12 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'état

**PERCEPTIONS ET EXPERIENCES DES MEDECINS
GENERALISTES QUANT À LA PRESCRIPTION DES
INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE LORS D'UNE
EPIDEMIE DE GRIPPE**

Présentée et soutenue le 08 Mars 2016

Par **CASTELLANI Karine**

Née le 18 Mars 1988 à Menton

MEMBRES DU JURY:

Monsieur le Professeur Christian PRADIER	Président du jury
Monsieur le Professeur Olivier GUERIN	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Assesseur
Madame le Docteur Pia TOUBOUL	Directrice de thèse
Madame le Docteur Cécile MOUILLE-BLANC	Co-directrice
Madame le Docteur Pascale BRUNO	Membre invité

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'état

**PERCEPTIONS ET EXPERIENCES DES MEDECINS
GENERALISTES QUANT À LA PRESCRIPTION DES
INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE LORS D'UNE
EPIDEMIE DE GRIPPE**

Présentée et soutenue le 08 Mars 2016

Par **CASTELLANI Karine**

Née le 18 Mars 1988 à Menton

MEMBRES DU JURY:

Monsieur le Professeur Christian PRADIER	Président du jury
Monsieur le Professeur Olivier GUERIN	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Assesseur
Madame le Docteur Pia TOUBOUL	Directrice de thèse
Madame le Docteur Cécile MOUILLE-BLANC	Co-directrice
Madame le Docteur Pascale BRUNO	Membre invité

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2015 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la
Reproduction(54.05)	
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et
Prévention (46.01)	
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)

M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies
métaboliques (54.04)	
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEUR DEUXIEME CLASSE (SUITE)

M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
(48.01)	
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales
(45.03)	
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques (54.04)	
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
(50.02)	
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)

M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et
Prévention (46.01)	
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pradier, Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Merci également de m'avoir accueillie au sein de votre équipe du DSP afin que je réalise ce projet.

À Monsieur le Professeur Guerin, Merci d'avoir accepté de siéger au jury de cette thèse et pour l'intérêt que vous portez à notre sujet.

À Monsieur le Professeur Hofliger, Merci d'avoir accepté de faire parti du jury de cette thèse, merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et pour l'intérêt que vous mettez dans l'enseignement de la médecine générale afin de nous donner le goût de cette spécialité.

Pia, Merci pour tout ce que tu as fait pour que ce projet soit ce qu'il est aujourd'hui, pour ta disponibilité et ton aide précieuse. Merci pour ta gentillesse et ton humour. Enfin, tu as réussi à me faire « sortir de Menton » pour l'Irlande ! Très belle expérience auprès de vous avec Pascale.

Cécile, Merci d'avoir accepté jusqu'au bout de co-diriger notre thèse. Merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans ton cabinet, aujourd'hui encore tu restes mon modèle de « médecin de famille ». J'admire ton courage. Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité.

Pascale, Merci d'avoir accepté de participer à notre travail et pour le temps passé à sa relecture. Le voyage en Irlande n'aurait pas été pareil sans toi. Merci pour tout.

Lucas, Merci d'être à mes côtés au quotidien, d'avoir été présent dans les bons moments et dans les moins bons. Merci de m'avoir permise de réaliser et de réussir tous mes projets en commençant par cette grande aventure que sont les études de médecine ! Merci pour ton soutien. Je t'aime.

À mes parents, Merci d'avoir été présent à chaque moment où j'avais besoin de vous ! Merci pour votre soutien au quotidien.

À mes frères, Merci d'être à mes côtés. Je vous aime.

À ma famille, À ma belle famille, Merci d'avoir toujours cru en moi et pour vos encouragements tout au long de mes études.

À mes amis, Merci pour les bons moments partagés ensemble et pour les prochains à venir.

À mes co-internes, grâce à vous, ces études interminables ont été très plaisantes. Merci d'avoir été présent en soirée Geasp, conf, gardes et services. Sans vous, tout ça n'aurait pas été pareil.

À tous mes chefs hospitaliers, qui m'ont accueillie et formée dans leur service. Merci pour votre confiance.

Aux médecins interrogés, sans qui notre étude n'aurait jamais pu exister. Merci de m'avoir accueillie et permise de partager votre expérience.

« Ces trois choses : la volonté, le travail, le succès se partagent toute l'existence humaine. La volonté ouvre la porte aux carrières brillantes et heureuses ; le travail les franchit, et une fois arrivé au terme du voyage, le succès vient couronner l'œuvre. »

Louis Pasteur, 1940

ABBREVIATIONS

AV: Antiviraux

ALICE: Antivirals for influenza Like Illness ? An rCt of Clinical and Cost effectiveness in primary CarE

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BEH: Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BMJ: British Medical Journal

ECDC: Centre Européen pour la Prévention des Maladies

EMA: agence européenne du médicament

EPADH: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GROG: Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

GSK: GlaxoSmithKline

HCSP: Haut Conseil de la Santé Publique

IMC: Indice de Masse Corporel

INA: Inhibiteur de la Neuraminidase

MGs: Médecins Généralistes

MUGAS: Multiparty Group for Advice on Science

NHS: National Health System

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PREPARE: Platform foR European Preparedness Against (Re-)emerging Epidemics

PRIDE: Post-pandemic Review of anti-Influenza Drug Effectiveness

SPLIF: Société de pathologie infectieuse de langue française

USCDC: Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies

WONCA: World Organization of General practitioners

TABLE DE MATIERES

ABREVIATIONS	9
I. INTRODUCTION	11
II. POLEMIQUE AUTOUR DES INA : revue de la littérature.....	14
III. MATERIELS ET METHODES	21
1. Guide d'entretien	21
2. Recrutement	21
3. Entretiens	21
4. Analyse qualitative.....	22
IV. RESULTATS.....	23
1. Résultats quantitatifs	23
1.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	23
1.2. Pratiques déclarées.....	24
2. Résultats qualitatifs.....	25
2.1. Influence d'une épidémie de grippe saisonnière.....	25
2.1.1. Influence de l'épidémie sur l'activité professionnelle	25
2.1.2. Influence de l'épidémie sur l'organisation du cabinet	26
2.1.3. Ressenti des MGs interrogés face à l'épidémie de grippe	26
2.2. Prise en charge du syndrome grippal par les MGs	27
2.2.1. Principales situations de prescription des antiviraux	27
2.2.2. Principales situations de prescription des antibiotiques	27
2.2.3. Conseils donnés au cours de la consultation	29
2.2.4. Habitudes de prescription des antiviraux	29
2.2.5. Attentes et obstacles à la prescription des antiviraux.....	30
2.2.6. Attentes et obstacles à la prescription des antibiotiques	31
2.3. Attitudes face aux effets indésirables d'un médicament.....	32
2.4. Sources d'information, vecteurs d'opinion.....	33
2.5. La vaccination antigrippale.....	33
V. DISCUSSION.....	34
1. Matériels et méthodes	34
1.1. Choix de la méthode	34
1.2. Echantillonnage et recrutement.....	34
1.3. Entretiens	35
2. Résultats.....	36
2.1. Résultats quantitatifs.....	36
2.1.1. Caractéristiques de l'échantillon	36
2.1.2. Pratiques déclarées	37
2.2. Résultats qualitatifs.....	38
2.2.1. Prise en charge du syndrome grippal par les MGs.....	38
2.2.1.1 Principales situations de prescriptions des antiviraux.....	38
2.2.1.2 Attentes à la prescription des antiviraux	39
2.2.1.3 Obstacles à la prescription des antiviraux.....	40
2.2.2. Attitudes face aux effets indésirables d'un médicament.....	41
2.2.3. Sources d'information, vecteurs d'opinion	42
2.2.4. La vaccination antigrippale	42
VI. CONCLUSION	43
VII. BIBLIOGRAPHIE	44
VIII. ANNEXES	49
IX. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	53

I. INTRODUCTION

La grippe est une infection respiratoire virale aigue due au virus influenzae. Elle se manifeste généralement sous forme d'épidémies saisonnières mais peut aussi prendre la forme d'une pandémie (A (H1N1)2009) (1). Souvent bénigne, la grippe peut entraîner des complications graves voire le décès, principalement chez les sujets à risque.

En France, la dernière épidémie saisonnière 2014-2015 a été caractérisée par une ampleur particulière en termes de nombre de cas, de complications et de décès. En effet, 2,9 millions de personnes ont consulté le médecin généraliste pour syndrome grippal et 30 000 passages aux urgences pour grippe ont été rapportés conduisant à 3133 hospitalisations dont 47% chez les plus de 65 ans et 1558 cas en réanimation. Le nombre d'épisodes d'infections respiratoires aiguës chez les personnes âgées observé en collectivité a été supérieur à celui constaté lors des 4 précédentes saisons. Une surmortalité toutes causes confondues de 18 300 décès a été observée pendant l'épidémie, touchant les plus de 65 ans (90% des cas) (2). L'importante circulation du virus A (H3N2) (55% des virus détectés) partiellement couverte par le vaccin et la faible couverture vaccinale pourraient expliquer la gravité de l'épidémie (3). Cette couverture vaccinale continue de baisser chez les sujets à risque, de 59% en 2008 à 46% en 2015 alors que l'objectif est de 75% (4). La prévention vaccinale est recommandée pour plusieurs catégories de patients : personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes souffrant de pathologies chroniques ou vivant en institution (5).

La prise en charge de la grippe en dehors d'une situation de pandémie est développée dans la recommandation française de 2005 de la Société de pathologie infectieuse de langue française (spilf). Le traitement est symptomatique et comporte l'ajout éventuel d'un traitement curatif par antiviral (inhibiteurs de la neuraminidase). Ce dernier est recommandé en période de circulation du virus chez les patients de plus d'un an à risque de grippe compliquée, à savoir les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes atteintes de pathologies chroniques pouvant être décompensée et les personnes séjournant en collectivité. Le traitement antiviral en prophylaxie post exposition est recommandé pour les personnes contacts de plus de 13 ans à risque de grippe compliquée et non protégées par le vaccin. Lors de la pandémie de 2009, d'autres groupes à risque ont été considérés tels les femmes enceintes, les personnes obèses (IMC>30) et les nourrissons de moins de un an présentant un facteur de risque de grippe grave.

Depuis 2011, plusieurs avis ont été émis par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) modifiant les recommandations concernant l'utilisation des antiviraux. Dernièrement, en novembre 2012, avec une mise à jour en mars 2015 pour l'épidémie 2014-2015, elles recommandaient un traitement curatif chez les personnes symptomatiques à risque de complications âgées de 1 an et plus, y compris les femmes enceintes (personnes ciblées par la vaccination grippale), chez les personnes présentant une grippe grave d'emblée ou dont l'état général s'aggrave, ou dont l'état justifie une hospitalisation pour grippe. Un traitement préemptif (à dose curative) était recommandé chez les personnes asymptomatiques mais jugées à risque très élevé de complications et en contact étroit avec un cas confirmé cliniquement. Enfin, un traitement prophylactique était recommandé en post exposition chez les personnes jugées à risque de complications âgées de 1 an et plus y compris les femmes enceintes après contact étroit de moins de 48h, et en collectivité de personnes à risque (6).

En France, de 2009 à 2013, l'étude de Blanchon. T et al. (7) a mis en évidence un faible taux de prescription d'antiviraux chez les patients présentant un risque de grippe compliquée (33%). En revanche, de 2010 à 2013, le taux de prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires aiguës dans les 48 premières heures, selon les données du réseau GROG présentées à la WONCA en 2014, augmente de 10% à 14% sur cette période (8). Ces résultats sont en accord avec la tendance générale de l'évolution de la consommation d'antibiotique en médecine de ville de l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) (9).

Pour comprendre les perceptions et les déterminants de prescription des antiviraux par les médecins généralistes (MGs) en France, deux études quantitatives ont été menées rétrospectivement dans le contexte de la pandémie de 2009 et depuis la pandémie. Dans la première étude de Barthes. J et al. (10) sur l'usage et la perception des MGs français menée à l'issue de la pandémie A (H1N1) 2009, l'auteur nous apprend que les principaux motifs de prescriptions étaient de limiter les risques de complications et de diminuer la durée des symptômes. Les facteurs limitants étaient des doutes sur leur efficacité et une balance bénéfice/risque jugée défavorable. Dans la deuxième, rétrospective sur les quatre épidémies de 2009 à 2013, les facteurs associés à la prescription d'inhibiteurs de la neuraminidase (INA) étaient un âge de 65 ans ou plus, la grossesse, l'obésité, le fait d'avoir consulté durant la pandémie A(H1N1) 2009 et l'existence d'une pathologie chronique. A notre connaissance, il n'y a pas d'étude qualitative explorant les déterminants de prescription d'INA dans le contexte d'une épidémie saisonnière de grippe (7).

L'efficacité et la tolérance des INA ont fait l'objet d'une vive polémique ces dernières années dans la presse médicale. La preuve d'une réelle efficacité, la validité des études sponsorisées par l'industrie pharmaceutique et l'innocuité de l'oseltamivir ont été remis en question. Malgré cela, le dernier rapport européen public d'évaluation publié par l'Agence Européenne du Médicament (EMA) évaluait la balance bénéfice/risque comme positive en Mai 2015 (11). L'ANSM a donné un avis favorable à une extension de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en avril 2015 pour l'utilisation de l'oseltamivir (Tamiflu®) dans le traitement de la grippe chez l'enfant de moins de 1 an (12). Les différentes étapes de cette polémique sont résumées dans le chapitre II.

Les MGs doivent alors prendre leur décision face à des discours divergents émanant de la presse médicale et des autorités de santé qui émettent les recommandations.

Dans ce contexte, un projet européen est en préparation, le Projet ALIC⁴E (Antivirals for influenza Like Illness ? An rCt of Clinical and Cost effectiveness in primary CarE) (13). Il s'inscrit dans un projet plus large PREPARE (13) (Platform foR European Preparedness Against (Re-) emerging Epidemics). ALIC⁴E est un essai randomisé interventionnel multicentrique pan européen (22 pays) en soins primaires au cours de 3 saisons d'épidémie de grippe. Les objectifs sont d'étudier l'efficacité clinique des traitements antigrippaux en soins primaires, en particulier dans différents sous-groupes de patients. Au préalable, il est prévu d'établir un réseau paneuropéen de recherche clinique en soins primaires opérationnel en situation épidémique ou pandémique pour pouvoir définir des recommandations pertinentes émanant de travaux de recherche effectués dans ce contexte.

Cette thèse dont les objectifs sont de réaliser un état des lieux qualitatif actuel sur la prise en charge des patients présentant un syndrome grippal par les MGs en France, leurs perceptions et expériences quant à l'utilisation des antiviraux lors d'une épidémie de grippe, s'inscrit en amont de notre participation au projet ALIC⁴E afin de mieux adapter la mise en œuvre de ce projet en France dans les conditions spécifiques du terrain.

II. POLEMIQUE AUTOUR DES INA : revue de la littérature

En 2005, le groupe Cochrane mettait à jour leur revue systématique des études concernant l'oseltamivir. Les conclusions trouvées étaient que le médicament permettait de raccourcir la durée de la grippe d'un peu moins d'un jour, de réduire la transmission du virus et de diminuer le taux de complications comme les infections des voies respiratoires inférieures traitées par antibiotiques. Cette revue était basée sur la méta-analyse de l'équipe de Kaiser (14) qui concluait que l'oseltamivir réduisait le risque d'infections respiratoires basses et le nombre d'hospitalisation chez l'adulte sain et avec facteurs de risque. Une mise à jour en 2008 n'a pas apporté de changement aux conclusions.

Après la déclaration de la pandémie A/H1N1 en juin 2009 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) (15), le National Health System (NHS) demande au groupe Cochrane de mettre à jour sa dernière revue.

En Juillet 2009, un pédiatre japonais interpelle l'équipe de la Cochrane sur le fait que la revue 2008 était basée sur une étude (celle de Kaiser) dont seules les données de 2 des 10 essais cliniques étaient publiées. Celui-ci est particulièrement intéressé par ces données car il a lui-même expérimenté au Japon quelques effets indésirables sévères liés au Tamiflu (16). La consommation au Japon représente 80% de la consommation mondiale. L'équipe Cochrane a alors demandé les données à l'équipe de Kaiser. Celle-ci l'a renvoyé vers Roche. Roche a accepté mais sous un contrat de confidentialité que Dr Jefferson (membre de l'équipe de la Cochrane) a refusé. L'équipe Cochrane a publié une revue de la littérature en 2009 (17) comprenant l'analyse des 2 études publiées de l'étude Kaiser et 2 autres études. Elle conclut qu'un manque de données de qualité a erroné les résultats antérieurs concernant l'efficacité de l'oseltamivir sur la prévention des complications de la grippe et que des essais randomisés indépendants sont nécessaires.

En 2011, l'équipe Cochrane réussit à obtenir les données incomplètes de 16 essais de la part de l'EMA sur l'oseltamivir.

En 2012, n'ayant pas eu les données complètes, l'équipe Cochrane publie sa revue de la littérature (18) basée sur les données incomplètes des études cliniques données par l'EMA et des documents disponibles servant à l'octroi de licence aux Royaume-Unis, Etats-Unis, Europe et Japon. Les principaux résultats révèlent une diminution de la durée des symptômes

de 21 heures, qu'il n'y a pas de preuve que l'oseltamivir réduise les hospitalisations et la preuve d'un effet sur les complications est insuffisante. D'après les auteurs, il y a un grand nombre de biais dans les essais et aucune conclusion ne peut être tirée sur les effets, sur les complications ou la transmission. Le bénéfice sur la réduction du nombre d'hospitalisations et la réduction des complications sont l'un des critères sur lequel l'OMS a inscrit le Tamiflu sur la liste des médicaments essentiels (19). Ces conclusions n'ont pas été prises en compte par l'OMS, le Centre Européen pour la Prévention des Maladies (ECDC) et le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies (USCDC).

Le British Medical Journal (BMJ) a mené l'enquête et a essayé d'interroger les autorités du Royaume-Uni sur le problème de rétention de données et de manque de preuve sur l'efficacité. En réponse à Rawlins M. à sa question concernant les conditions d'attribution d'AMM du Tamiflu posée au National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), le président a répondu que « certaines données peuvent leur parvenir et rester confidentielles » et qu'« il n'y a pas lieu de retirer l'avis positif sur le Tamiflu » (20).

Les autorités européennes auraient-elles accès à des données autres que celles accessibles par l'équipe Cochrane pour effectuer leur évaluation des médicaments ? Ou ont-elles fait confiance aux données de la littérature pour baser leur approbation et recommandations ?

En 2013, Roche donne accès à l'intégralité des données des essais demandées par l'équipe Cochrane, suite à l'envoi de celles sur le zanamivir par GlaxoSmithKline (GSK) et décide de réanalyser les données sur le Tamiflu en créant un groupe de chercheurs européens MUGAS (Multipart Group for Advice on Science).

En janvier 2014, l'équipe Cochrane publie dans le BMJ, une mise à jour de la revue basée sur l'intégralité des essais cliniques réalisés sur l'oseltamivir, documentés par Roche et l'EMA (21).

83 essais ont été étudiés, ce sont des essais randomisés traitement contre placebo chez l'adulte et l'enfant avec une grippe confirmée ou suspectée, tous sponsorisés par Roche.

Résultats :

- Réduction du temps de disparition des 1^{er} symptômes de 16,8h chez l'adulte et de 25h chez l'enfant en bonne santé mais pas chez l'enfant asthmatique.
- Pas de différence dans le nombre d'hospitalisations chez l'adulte, peu de données pour l'enfant et en prophylaxie.

- Pas de réduction des bronchites, otites moyennes, sinusites, d'autres complications
- Amélioration de diarrhée et d'évènements cardiovasculaires chez l'adulte
- En prophylaxie, réduction du taux de grippe symptomatique de 55% chez le patient et son entourage. Pas d'effet sur les grippes asymptomatiques.
- EI: augmentation du risque de nausées, vomissements chez l'adulte, vomissements chez l'enfant. Pas d'augmentation d'EI neuropsychiatrique chez l'adulte et l'enfant en curatif. Augmentation d'effets neuropsychiatriques (troubles du comportement, hallucinations) en prophylaxie avec un effet dose-dépendance dans 2 études interventionnelles, sans détermination d'une dose entraînant ces effets. Augmentation céphalées, nausées, d'évènements rénaux en prophylaxie.

En conclusion :

Petite réduction du temps de soulagement des 1^{er} symptômes mais augmentation des nausées et vomissements en curatif et de céphalées, nausées et effets neuropsychiatriques en prophylactique. Réduction du nombre de grippes symptomatiques, en prophylaxie. Pas de preuve pour une diminution des complications à cause du nombre insuffisant de cas. Préconisation : étudier la balance bénéfice avant de prendre une décision sur l'oseltamivir en curatif, prophylaxie.

Une nouvelle revue de la littérature Cochrane est publiée (22) en 2014, basée sur l'intégralité des données des essais cliniques sur l'oseltamivir (Roche) et le zanamivir (GSK). Il s'agit d'essais randomisés, placebo contre traitement chez l'adulte et l'enfant avec grippe confirmée ou suspectée, sponsorisés par l'industrie.

En conclusion :

Oseltamivir et Zanamivir ont un effet faible sur la réduction du temps de soulagement des symptômes de la grippe chez l'adulte et l'enfant en bonne santé mais pas chez l'enfant asthmatique. Pas d'effet significatif sur le nombre d'hospitalisations car nombre de cas trop rares et non étudiés pour le zanamivir. Les essais ne tranchent pas sur la question des complications de la grippe à cause d'un manque de définition des pathologies. En prophylaxie, la réduction du risque de développer une grippe symptomatique est prouvée. L'utilisation de l'oseltamivir augmente le risque d'effets indésirables comme les nausées, les vomissements et diminue les diarrhées chez l'adulte et augmente les vomissements chez

l'enfant. En prophylaxie, oseltamivir est lié à une augmentation de céphalées, des effets rénaux et des effets neuro psychiatriques. Pas d'effets significatifs avec le zanamivir. D'après les auteurs de la revue, la balance bénéfice risque doit être évaluée avant la prescription.

Des biais de cette étude de littérature sont relevés (23) : des paramètres importants comme les complications sont mal définis dans les études, aucun essai n'est indépendant de l'industrie, les INA ont été testés contre placebo mais pas contre des médicaments standards pour le soulagement des symptômes, aucune étude n'a été faite pendant la pandémie.

Les auteurs du BMJ et de la Revue Cochrane invitent les autorités à réviser leurs recommandations sur l'utilisation des INA. D'après l'auteur Torjesen I. d'un article du BMJ (24), les déclarations de Roche sur la réduction du nombre d'hospitalisations et de complications liés à la grippe ont été un facteur clef dans la prise de décisions des gouvernements du monde entier pour la constitution d'une réserve de médicament pour une future pandémie. Roche est en désaccord avec les conclusions de la Revue (22), dénonçant des méthodes d'analyse floues et inappropriées et pouvant avoir une répercussion sur la santé publique.

Cette polémique autour du Tamiflu, de l'industrie pharmaceutique et des autorités de santé a impliqué plusieurs changements en ce qui concerne l'accès aux données de tous les essais en 2014.

- L'Agence Européenne du Médicament a annoncé que pour toutes les AMM soumises après le 01 janvier 2015, les données sur les essais utilisés pour évaluation soient rendues disponibles.
- Depuis 2014, l'union européenne exige que tous les essais cliniques soient enregistrés (campagne Alltrials), tous les résultats rapportés et les rapports d'études cliniques soient publiquement disponibles. Le NHS oblige depuis 2015 toute industrie qui voudrait une autorisation, à être à jour de l'enregistrement de tous ses essais faits au Royaume-Uni. Les industries pharmaceutiques ont annoncé de nouvelles politiques d'accès sur les données des essais.

Début 2014, Jefferson, un des auteurs de la revue Cochrane, publie une version de l'histoire de la polémique dans le BMJ (25). Il expose ses doutes quant aux données de la littérature et conclut « je ne fais pas confiance à mes collègues chercheurs. Je ne fais pas confiance aux revues. Je ne crois pas à la littérature. Tout est marketing et publicité jusqu'à preuve du contraire », « Tamiflu concerne tout le monde », « il implique les autorités de santé

publique dans le monde entier. Il implique les revues, la communauté de chercheurs, l'industrie pharmaceutique. Tous ces acteurs sont responsables. Le système est brisé ».

En juin 2014, l'ECDC émet un rapport (26) analysant les conclusions d'études récemment publiées sur les INA. Dans les 6 premiers mois de l'année, 3 revues systématiques ont évalués l'efficacité et la tolérance de l'oseltamivir et du zanamivir. La méta-analyse PRIDE, qui sera développée ci-après et les 2 méta-analyses développées ci-avant publiée dans le BMJ et la revue Cochrane 2014.

L'ECDC reconnaît que la revue Cochrane fournit la preuve d'effets limités sur la réduction des symptômes et aucun effet sur le nombre d'hospitalisations ou de sévères complications. Il est développé également que dans ces 3 études (27, 22, 29), il y a des biais et limites. Un groupe de travail est en train d'être formé pour évaluer les éléments de preuve. Le rapport conclut que les éléments apportés par les études « ne justifient pas un changement dans l'approche concernant l'utilisation des AV, y compris en prophylaxie, en préparation d'une pandémie, pour le stockage et l'utilisation en cas d'épidémie », et que « d'autres études sous forme d'essais cliniques randomisés sont nécessaires pour évaluer les INA dans des sous-groupes de patients à risque et des études observationnelles, bien menées sont nécessaires ».

Fin 2014, un article du BMJ (30) nous informe que des membres du gouvernement du Royaume-Uni ont insisté sur le fait qu'il faille maintenir les réserves de tamiflu en cas de pandémie. A la question concernant les conclusions de la revue Cochrane, le directeur médical d'Angleterre (England's Chief medical Officer) répond que « c'est une revue systématique, faite pendant la grippe saisonnière ce qui sous-estime les résultats » et que « les données d'observation sont fortes. Les experts [...] sont d'accord ». Les résultats d'une méta-analyse sont alors cités, ce sont les données de l'étude PRIDE (27), menée sur des données observationnelles au cours de la pandémie 2009-2010, sponsorisée par Roche. Elle vise à étudier l'association entre l'utilisation des INA et la mortalité des patients admis à l'hôpital avec la grippe A H1N1 confirmée ou cliniquement suspectée. Elle conclut à une réduction de la mortalité de 19% lors de l'utilisation des INA, une diminution par 2 de la mortalité quand le traitement est donné dans les 48 heures chez l'adulte et une augmentation du risque de mortalité pour chaque jour de retard en comparaison avec le traitement pris dans les 48 heures.

En Janvier 2015, le groupe MUGAS publie une méta-analyse (31). Roche a subventionné l'étude mais les chercheurs étaient indépendants. Cette méta-analyse inclut toutes les données individuelles de patients publiées et non publiées d'essais sponsorisés par Roche, essais randomisés oseltamivir contre placebo, en double aveugle chez l'adulte.

Résultats :

- 21% de réduction du temps de soulagement des 1^{er} symptômes soit 25,2 heures chez les patients infectés et 15% soit 17,8 heures chez les patients peu importe les statuts.
- Diminution du nombre de complications respiratoires basses qui nécessitent des antibiotiques après les premières 48 heures chez les patients infectés
- Diminution du nombre d'hospitalisations toutes causes confondues
- En ce qui concerne les effets indésirables, oseltamivir augmente le risque de nausées et de vomissements et pas d'effets neuropsychiatriques ou autres effets indésirables graves.

Le temps de soulagement des symptômes est similaire à celui trouvé par la revue Cochrane, le taux des effets indésirables également mais la diminution du nombre de complications et le nombre d'hospitalisations n'avait pas été retrouvée par la revue Cochrane. On observe que les bénéfices de l'oseltamivir sont d'autant plus importants que la grippe est confirmée.

L'ECDC et d'autres auteurs ayant publiés sur cette polémique insistent sur l'importance de réaliser de larges études indépendantes étudiant l'efficacité et l'innocuité (la balance bénéfice-risque) des INA comparativement aux traitements donnés habituellement, lors de la grippe saisonnière mais aussi lors de pandémie.

Ces conclusions nous ont motivé à participer au projet PREPARE qui répond à ces objectifs et à mener en amont cette étude qualitative pour explorer les perceptions et les expériences des MGs français sur le terrain concernant la prescription des AV.

Histoire de l'oseltamivir (32)

- 1999-2000 : l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux autorise l'oseltamivir pour traiter en curatif et prophylactique la grippe.
- 2002 : Agence Européenne du Médicament autorise l'oseltamivir pour traiter en curatif et prophylactique la grippe.
- 2003 : Kaiser et al.(14) publie une revue systématique basée sur 10 essais cliniques sponsorisés par Roche concluant en réduction des complications des voies respiratoires inférieures et des hospitalisations chez les adultes.
- 2004-5 : Les gouvernements américain et anglais prévoient une mise en réserve d'oseltamivir pour parer à une pandémie à la grippe H5N1.
- 2006 : La Revue Cochrane conclut que l'oseltamivir réduit les complications de la grippe et le nombre d'hospitalisations chez l'adulte, résultats basés sur la méta-analyse de Kaiser et al.
- 2008 : la Revue Cochrane publie une nouvelle mise à jour
- 2009 : Déclaration de la pandémie AH1N1 par l'OMS, demande de mise à jour de la Revue Cochrane concernant l'oseltamivir.
- 2009 : Alerte de la part d'un lecteur sur le fait que toutes les données de la méta-analyse de l'équipe de Kaiser n'ont pas été publiées
- 2009 : L'équipe Cochrane demande les données des essais analysés à Kaiser, celui-ci la renvoie vers Roche. Roche accepte sous contrat de confidentialité.
- 2010-2012 : Roche n'a toujours pas fourni l'intégralité des données à l'équipe Cochrane, malgré les demandes répétées
- 2011 : L'EMA a communiqué les données de 16 essais cliniques de Roche à l'équipe Cochrane.
- 2012 : Publication de la Revue Cochrane mise à jour avec les données récupérées de l'EMA.
- 2013 : Roche donne l'accès aux données de ses essais cliniques et fonde le MUGAS pour ré analyser les données de l'oseltamivir.
- 2014 : Mise à jour de la Revue Cochrane sur les antiviraux inhibiteurs de la neuraminidase avec l'intégralité des données des essais cliniques demandés depuis 2009.
- 2014 : Publication des résultats d'une méta-analyse sur des données observationnelles pendant la pandémie 2009-2010.
- 2015 : Publication de la méta-analyse élaborée par le groupe MUGAS.

III. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès d'un échantillon théorique varié de MGs des Alpes-Maritimes, suivant un guide d'entretien jusqu'à saturation des données (34, 35).

1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (joint en Annexe 1) a été élaboré après étude de la littérature. Les questions étaient ouvertes, cohérentes et neutres en suivant une chronologie logique dans les questions : vécu de l'épidémie de grippe saisonnière par le médecin, prise en charge de la grippe, motivations et obstacles à la prescription d'antiviraux et d'antibiotiques. Il a été élaboré en équipe avec une personne expérimentée en recherche qualitative (PTL), une personne impliquée dans la surveillance de la grippe en soins primaires (PB) et un MG sur le terrain (CMB).

2. Recrutement

L'échantillon a été élaboré en sollicitant des MGs des Alpes-Maritimes contactés par téléphone, sur la base du volontariat, à partir de l'annuaire téléphonique électronique, du 01 Juillet 2015 au 15 Aout 2015. Un questionnaire anonyme a permis de caractériser l'échantillon. Il a été complété lors de l'entretien et recueillait l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience, le secteur d'exercice, la commune, le mode d'exercice. Egalement, il était demandé au participant s'il était maître de stage, s'il a participé à une formation spécifique sur la grippe, s'il fait partie d'un réseau de surveillance de la grippe, s'il est abonné à une revue médicale, ses habitudes de prescription des antiviraux, s'il se vaccine habituellement et les caractéristiques de sa patientèle. Pour varier l'échantillon nous avons des paramètres suivants, âge, sexe, mode d'exercice et secteur d'installation que nous avons comparés aux données démographiques globales de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du département des Alpes-Maritimes, pour essayer d'obtenir un reflet de la réalité (36).

3. Entretiens

Les entretiens individuels ont été menés par KC suivant un guide d'entretien après formation à la technique de recueil de données par entretien individuel par une personne expérimentée en recherche qualitative (PTL).

Des entretiens tests ont été menés pour en vérifier la pertinence sur le terrain permettant ainsi une adaptation du guide d'entretien. Il n'a été que très peu modifié ensuite. Les entretiens ont été enregistrés sur des téléphones mobiles avec l'application Dictaphone. Ils ont été poursuivis jusqu'à saturation des données (35). L'apparition de nouvelles idées a été suivie au fur et à mesure des entretiens sur un tableau Excel, permettant de déterminer la saturation des idées définie par l'absence de nouvelles idées pendant 3 entretiens successifs. Cette saturation demeure néanmoins théorique. 2-3 entretiens supplémentaires ont été effectués après l'obtention de la saturation des données. Un formulaire d'information et de consentement éclairé a été signé par chaque participant avant le début de l'entretien.

4. Analyse qualitative

La transcription Verbatim des entretiens a été faite sous fichier Word par l'investigateur.

L'anonymat des participants a été respecté en accord avec les exigences en vigueur de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. L'analyse qualitative thématique (37) a été réalisée à l'aide du logiciel N'Vivo 10 qui a permis de construire un arbre évolutif par codage axial. Ainsi des «nœuds» ont été ajoutés à différents niveaux de l'arborescence pour chaque nouvelle idée émergée avant d'identifier des thèmes. L'analyse descriptive de chaque catégorie d'idées a été illustrée par une extraction de citations pertinentes identifiées. La version définitive de l'arbre thématique ainsi que l'analyse descriptive a été discutée et validée par les deux chercheurs (KC, PTL).

IV. RESULTATS

1. Résultats quantitatifs

1.1. Caractéristiques de l'échantillon

Vingt-deux médecins ont été interrogés. Les médecins interrogés étaient des hommes et des femmes, âgés de 29 à 70 ans ayant différents modes d'exercice (seul, en groupe, maître de stage et/ou avec un mode d'exercice particulier). Le secteur d'installation était également varié géographiquement et démographiquement.

Tableau I : Caractéristiques des médecins interrogés

Sexe	
Femme	10
Homme	12
Age	
29-40 ans	5
40-50 ans	3
50-60 ans	8
> 60 ans	6
Moyenne âge (ans)	51,7
Mode d'exercice	
Seul	10
En groupe	12
Maître de stage	6
Mode d'exercice particulier	3
Secteur d'installation	
Nice	5
Littoral	10
Arrière pays	4
Montagne	3
Année d'installation	
1973 à 2014	

Les entretiens ont été réalisés majoritairement dans les cabinets de médecine générale, et pour les autres par téléphone, du 01 juillet au 20 Aout 2015. Ils ont duré en moyenne 21 minutes. Ces 22 entretiens ont été nécessaires pour vérifier la saturation des données.

1.2. Pratiques déclarées

Parmi l'ensemble des médecins interrogés, 18 (82%) déclarent se vacciner habituellement contre la grippe.

La majorité (73%) des médecins déclarent prescrire « parfois », « souvent » ou « très souvent » des antiviraux (AV) et 27% des médecins « jamais ».

Tableau II : Pratiques déclarées

			Médecins interrogés	
Réseau de surveillance			2	
Vaccination anti-grippale			18	
Abonnés à des revues médicales			13	
Ont reçu une formation spécifique sur la grippe			5	
	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
Prescription d'AV	6	14	1	1

2. Résultats qualitatifs

2.1. Influence d'une épidémie de grippe saisonnière

2.1.1. Influence de l'épidémie sur l'activité professionnelle

Pour la quasi-totalité des médecins interrogés, en période hivernale, l'épidémie de grippe occasionne une augmentation importante de la charge de travail. Cela se traduit à la fois par une augmentation du nombre de consultations programmées et non programmées mais aussi de demandes de visites à domicile et une extension des horaires.

Nécessairement, les consultations sont plus courtes, mais les médecins estiment qu'il faut rester vigilant pour ne pas passer à côté d'un signe de complication.

Lorsque les patients ne se présentent pas spontanément au cabinet, l'afflux de patients est géré de différentes manières en fonction des médecins. Certains conseillent aux patients de rester chez eux et de demander une visite à domicile. D'autres préfèrent leur demander de consulter au cabinet, et leur conseillent par téléphone un traitement symptomatique en attendant le rendez-vous et enfin une dernière catégorie prodigue des conseils par téléphone en leur conseillant de prendre un traitement symptomatique et de rester à domicile.

D'après certains médecins interrogés, les patients consultant pour ce motif sont principalement représentés par les enfants et les jeunes actifs car les personnes âgées sont souvent vaccinées d'après les MGs interrogés. Cette affluence de consultations varie en fonction des secteurs et quartiers.

Médecin n°5: « *Plus de consultations tout simplement, plus de rendez-vous pour syndrome grippal, plus de surcharge de travail* »

Médecin n°8: « *souvent les patients appellent, on leur dit de rester au chaud, de prendre paracétamol et sauf s'ils ont besoin d'un arrêt de travail, la plupart du temps je ne les vois pas. C'est du conseil téléphonique* »

2.1.2. Influence de l'épidémie sur l'organisation du cabinet

La grande majorité des médecins interrogés ne changent pas l'organisation du cabinet pendant la période d'épidémie. Cependant, quelques médecins déclarent adapter l'infrastructure de leur cabinet. Les mesures principalement évoquées sont des mesures pour limiter la propagation du virus par voie manu et aéroportée en proposant des gels hydro-alcooliques et des masques en salle d'attente, une campagne d'affichage en faveur de la prévention par la vaccination et enfin l'installation de sièges pliants pour faire face à l'afflux de patients.

Pratiquement tous les médecins interrogés qui appliquaient des mesures recommandées lors de la pandémie de grippe AH1N1 les ont quasiment toutes abandonnées.

Médecin n°16: « *On est obligé oui, on a des sièges pliants, on est obligé d'en mettre* »

Médecin n°17: « *Alors on avait surtout fait ça [mesures barrières] quand y avait le H1N1* »

2.1.3. Ressenti des MGs interrogés face à l'épidémie de grippe

Deux groupes de médecins se distinguent quant à leur ressenti face à une épidémie de grippe.

Certains déclarent ne pas percevoir vraiment l'épidémie hivernale. Les hypothèses évoquées sont la bonne couverture vaccinale de leurs patients à risque et les caractéristiques de leur patientèle/ secteur d'installation.

D'autres redoutent cette période, évoquent une certaine appréhension, une épreuve physiquement difficile, une routine et une monotonie des consultations.

La quasi-totalité des médecins interrogés s'attachent à penser que la grippe est une maladie bénigne et que la gravité de l'épidémie dans leur expérience n'a pas été celle évoquée par le gouvernement cette année.

Médecin n°11: « *Disons que si on a la chance de ne pas tomber nous même victimes, et bien au minimum on ressort extrêmement fatigués de l'épidémie...* »

Médecin n°7: « *Mais au niveau des personnes âgées moi j'en ai très très peu et même quand je lis des statistiques alarmantes de cette année, j'ai eu aucune hospitalisation, aucun décès donc ...»*

2.2. Prise en charge du syndrome grippal par les MGs

Tous les patients pour lesquels le diagnostic clinique de grippe est posé bénéficient d'un traitement symptomatique à base d'antipyrétiques, d'antalgiques associés à d'autres traitements symptomatiques incluant un traitement homéopathique si le médecin en a la pratique. Certains patients vont recevoir en plus un traitement antiviral, un antibiotique voire les 2 associés.

2.2.1. Principales situations de prescription des antiviraux

Les principales indications (Tableau III) pour lesquelles le traitement antiviral va être instauré sont : la présence de symptômes depuis moins de 48 heures (pour un médecin : quel que soit le délai chez les personnes âgées) et les actifs qui ne veulent pas s'arrêter de travailler. Certains médecins le proposent à tous les patients grippés. La notion de contagion est également évoquée puisque d'autres le donnent exclusivement aux patients ayant eu un contact avec une personne grippée, ou ayant des personnes fragiles dans l'entourage. Quelques médecins qui ont accès à des tests de diagnostic rapide (réseau de surveillance ou en EPADH) se servent du test de diagnostic rapide et traitent en cas de positivité. En prophylaxie, des médecins traitent les patients asymptomatiques avec facteurs de risque ayant eu un contact étroit avec une personne grippée et d'autres des patients sans facteurs de risque ayant eu un contact ou étant en couple avec un patient grippé.

Médecin n°7: *« des gens qui sont jeunes et qui disent moi je peux pas m'arrêter »*

Médecin n°12 : *« Tout ceux qui ont des facteurs de risque : pathologies chroniques reconnues, les histoires de BPCO, les diabétiques, les maladies cardiovasculaires importantes et puis certaines pathologies lourdes »*

2.2.2. Principales situations de prescription des antibiotiques

Les principales indications (Tableau III) pour l'antibiothérapie sont les personnes présentant des facteurs de risque, les complications déjà présentes, l'aggravation ou l'apparition de nouveaux symptômes, une fièvre de plus de 3 jours, un doute diagnostique, les patients de plus de 80 ans, une grippe sévère chez un patient à risque, les patients qui dans l'expérience du médecin ne reconsultent pas et l'éloignement d'un centre hospitalier.

Médecin n°5 : « *Après si à l'examen j'ai un foyer infectieux ou une toux qui vire en toux grasse avec des crachats purulents, là je vais mettre l'antibiotique* »

Médecin n°10 : « *dès qu'ils ont 80 ans, je mets systématiquement des antibiotiques* »

D'autres indications sont communes aux deux thérapies, les patients présentant des facteurs de risques ou des pathologies chroniques, les personnes âgées, les patients en collectivité, les gripes sévères d'emblée avec altération de l'état général et la ferme demande du patient. (Tableau III)

Médecin n°8 : « *En institution je mets toujours l'antibiothérapie* »

Médecin n°2 : « *en collectivité, ils ont tous l'antiviral* »

Tableau III : Ensemble des situations dans lesquelles les antiviraux et/ou les antibiotiques sont prescrits

Antiviraux	Antibiotiques
Présence de facteurs de risque (FDR)	Présence de facteurs de risque (FDR)
Symptômes depuis moins de 48 heures	Complications présentes
Actifs qui ne veulent pas s'arrêter de travailler	Aggravation ou apparition de nouveaux symptômes
Grippe sévère	A la demande du patient
Personnes âgées	Fièvre supérieure à 3 jours
Tous les patients grippés	Doute diagnostique
Patient grippé ou non avec notion de contagion ou dans un même foyer	Personnes âgées
Prophylaxie pour les patients avec FDR	Grippe sévère
Vie en collectivité	Vie en collectivité
Test de diagnostic rapide de la grippe	Grippe sévère chez un patient avec FDR
Patient grippé et personne fragile dans l'entourage	Patient connu pour ne pas reconsulter
	Eloignement d'un centre hospitalier

Certains médecins peuvent associer les 2 traitements chez les patients présentant des facteurs de risque et une altération de l'état général.

Médecin n°2 : « *Aux patients cognés donc aux patients qui ont des problèmes de respiration, d'asthme, de BPCO, de chose comme ça, de diabète, à ce moment là je n'hésite pas à leur mettre les 2.* »

2.2.3. Conseils donnés au cours de la consultation

Les conseils prodigués à la fin de la consultation sont principalement liés à la thérapeutique : suivre la prescription, avertir en cas d'effet indésirable et les MGs informent le patient sur l'évolution de la pathologie et la prise en charge choisie. Puis la quasi totalité des médecins conseille du repos et prescrit un arrêt de travail si besoin. La plupart des médecins donnent des conseils hygiéno-diététiques pour protéger l'entourage et les personnes fragiles, pour limiter l'épidémie, préconisent d'avoir une bonne hydratation et alimentation et d'éviter les facteurs aggravants (le tabagisme). La plupart leur disent de reconsulter en cas de nouveaux symptômes ou aggravation dans les 48 heures et font appel à des infirmières à domicile pour surveiller les patients les plus isolés.

Médecin n°4 : « *A savoir je leur explique ce qu'est un syndrome grippal, pourquoi je leur ai donné un antiviral ou un antibiotique et que ça change rien sur le reste [de leur traitement habituel]* »

Tableau IV : Conseils donnés aux patients

Liés à la thérapeutique	Suivre la prescription
	Informations sur l'évolution de la pathologie et sur la prise en charge choisie
	Avertir en cas d'effets indésirables
Mesures hygiéno-diététiques	Arrêt de travail et repos
	Mesures d'hygiène pour limiter la transmission
	Bonne hydratation et bonne alimentation
	Limiter les facteurs aggravants
Surveillance	Recontacter si nouveaux symptômes ou aggravation dans les 48 heures
	IDE à domicile pour surveillance

2.2.4. Habitudes de prescription des antiviraux

On distingue 2 groupes de médecins quant à leurs habitudes de prescription en curatif. Certains prescrivent volontiers à tout le monde, d'autres majoritairement dans les indications suivantes : personnes avec comorbidités et/ou aux actifs qui ne veulent pas s'arrêter de travailler. Un deuxième groupe ne prescrit pas du tout ou a prescrit et ne prescrit plus. Enfin quelques uns utilisent les antiviraux en prophylaxie.

2.2.5. Attentes et obstacles à la prescription des antiviraux

Les attentes des médecins quant à l'utilisation des antiviraux sont premièrement une action sur la symptomatologie, la diminution de la durée, de l'intensité des symptômes et une récupération plus rapide. Deuxièmement, le but est d'avoir une action pour prévenir les complications de la grippe et éviter les décompensations de pathologie chronique. Enfin, ils prescrivent les AV pour limiter le développement de l'épidémie en diminuant la contagiosité et en contenant l'épidémie et enfin pour satisfaire la demande du patient.

Médecin n°10 : « *La durée des symptômes, que ça casse la pathologie le plus rapidement possible, pour pas que le malade soit affaibli et qu'il récupère très très vite* »

Les freins à la prescription des antiviraux sont multiples. Ils sont tout d'abord liés à des doutes sur l'efficacité pour une grande partie des médecins interrogés. Puis le délai de moins de 48 heures pour avoir une efficacité maximale est aussi un obstacle à la prescription puisque selon les médecins, les patients ne consultent pas souvent au début des symptômes. Certains médecins évoquent des craintes par rapport au médicament. Ces craintes portent essentiellement sur les effets indésirables, en particulier ceux que les médecins ont pu expérimenter personnellement. Ils expriment également des craintes par rapport aux interactions médicamenteuses possibles avec le traitement de fond et les résistances aux virus qui peuvent apparaître. Certains médecins parlent d'un service médical rendu faible et d'autres une balance bénéfice risque défavorable. Les indications de remboursement qui ne sont pas toujours bien connues des médecins et le prix trop élevé sont évoqués dans la décision de prescription. Pour finir, les difficultés de gestion par les autorités sanitaires et les différentes recommandations des autorités de santé lors de la pandémie AH1N1 quant au stockage et à l'utilisation de l'oseltamivir (Tamiflu®) ont dissuadé certains médecins de le prescrire.

Médecin n°14 : « *Je vous dis, je suis pas trop convaincu de leur intérêt et de leur efficacité alors...* »

Médecin n°1 : « *le problème c'est le moment où les gens viennent. Parce que s'ils viennent au 3^{ème} jour, c'est déjà un peu tard pour prescrire le Tamiflu* »

Les résultats d'études et de revues de littérature n'ont été que très peu évoqués et ne semblent pas être un frein à la prescription.

Médecin n°4 : *« il y a eu une polémique il y a 2-3 ans si je me souviens bien, concernant 2-3 études américaines qui n'étaient pas très en faveur du Tamiflu. Enfin bon moi je m'en fiche par ce que j'avais déjà eu l'expérience du Tamiflu avant »*

Certains médecins ne prescrivent pas d'antiviraux à certaines catégories de patients comme les enfants et les femmes enceintes.

Tableau V : Attentes de prescription

Antiviraux	Antibiotiques
Limiter les symptômes	Traiter une complication présente
Prévenir les complications de la grippe	Eviter une surinfection bactérienne
Limiter l'épidémie	Satisfaire la demande du patient
Satisfaire la demande du patient	Eviter les décompensations de pathologies chroniques
Eviter les décompensations de pathologies chroniques	Eviter que le patient ne reconsulte
	Prescription anticipée pour rassurer le patient
	Pour prescrire des corticoïdes (« couverture antibiotique »)

2.2.6. Attentes et obstacles à la prescription des antibiotiques

Les attentes par rapport à la prescription d'antibiotiques sont tout d'abord de traiter une complication présente à l'examen clinique. Ensuite d'autres attentes ont une visée préventive, pour éviter une surinfection bactérienne et une décompensation de pathologies chroniques. Et enfin, certains médecins interrogés prescrivent des antibiotiques pour ne pas avoir à revoir le patient, certains font des prescriptions anticipées pour rassurer le patient, satisfaire sa demande, et d'autres les prescrivent en « couverture » pour pouvoir associer des corticoïdes.

Médecin n°14 : *« d'éviter les complications dans le cas où on le donne [l'antibiotique] assez rapidement. Sinon si c'était une grippe qui évolue et qui se complique déjà c'est pour traiter l'infection en cours évidemment ».*

Concernant la prescription d'antibiotique, des freins ont été mis en évidence. Tout d'abord certains médecins ont des craintes par rapport aux effets indésirables, et à leur tolérance. Ceux-ci concernent surtout les risques d'allergie et les effets digestifs. Quelques médecins expriment des craintes liées à la sélection des germes. Certains ont la crainte d'une inefficacité. Enfin certains médecins redoutent les prescriptions inutiles, veulent pouvoir se dire qu'ils ont des bonnes pratiques et entretenir une relation d'éducation avec leur patient en vue de prescriptions futures.

Médecin n°11 : « *quand on donne, on craint toujours des allergies* »

Médecin n°18 : « *Toute façon on est obligé hein si on veut limiter le développement des résistances antibiotiques* »

Tableau VI : Obstacles à la prescription

Antiviraux	Antibiotiques
Doute sur l'efficacité	Craintes des effets indésirables
Délai de moins de 48h pour une efficacité maximale	Résistances bactériennes
Doute sur le remboursement et prix élevé	Relation éducative avec le patient
Craintes des effets indésirables expérimentés (les effets indésirables décrits ne sont pas un obstacle)	Avoir de bonnes pratiques
Service médical rendu jugé faible	Inefficacité
Difficultés de gestion du gouvernement (stockage, recommandations,...)	Peur de prescrire inutilement
Résistances virales	
Interactions médicamenteuses	
Catégories particulières de patients	

2.3. Attitudes face aux effets indésirables d'un médicament

Concernant la prise en charge des effets indésirables, les médecins sont à peu près d'accord sur le fait qu'il faille vérifier l'imputabilité du médicament et arrêter le traitement. Certains mettent en place un traitement symptomatique quand cela est nécessaire. Ils réévaluent la nécessité du traitement et essaient de trouver une alternative.

La moitié des médecins déclarent faire une déclaration de l'effet indésirable mais uniquement pour les effets sévères. Cette démarche est faite soit par formulaire faxé, soit par internet, soit en appelant directement la pharmacovigilance ou en contactant le laboratoire directement. Les principaux freins à la déclaration sont le manque de temps, le fait que les

médecins ne savent pas où s'adresser pour la faire. Ils ont aussi relevé, pour les médecins qui l'ont déjà faite, une trop grande sollicitation et demande d'information suite à la déclaration. Certains médecins sont désintéressés par la pharmacovigilance.

Médecin n°19 : « *Ca devrait être un petit clic sur internet et voilà. Et qu'ils nous agressent pas après des heures au téléphone* ».

2.4. Sources d'information, vecteurs d'opinion

La décision thérapeutique de chaque médecin quant à la prise en charge du syndrome grippal est basée sur plusieurs sources et expériences.

La grande majorité des médecins nous parle de leur propre expérience. Ensuite, les données épidémiologiques fournies par les réseaux de surveillance sont citées. Ils évoquent également les recommandations, divers sites internet de sociétés savantes et les études et articles de la presse médicale.

Certains évoquent les connaissances acquises lors de leurs études médicales et des formations médicales continues.

Médecin n°4 : « *Essentiellement mon expérience personnelle* »

Quelques uns font appel au CHU pour avoir un avis ou se forgent leur opinion lors de discussions avec des confrères ou lors de congrès. Certains parlent de l'influence des médias et des représentants de laboratoires pharmaceutiques sur leur décision de prescription.

2.5. La vaccination antigrippale

La plupart des médecins interrogés ont évoqué spontanément la vaccination antigrippale au cours des entretiens. Ils s'accordent sur l'efficacité de la vaccination dans leur patientèle. Quelques uns la proposent à tous les patients. Les freins à la vaccination rapportés sont les craintes de la population, le problème de remboursement du vaccin et pour un médecin la question de la nocivité du vaccin.

Médecin n°17 : « *Ils avaient eu droit à leur bonne injection de vaccin, et je ne les ai donc pas revus* ».

V. DISCUSSION

Notre étude préliminaire à la participation au Projet ALIC⁴E nous a permis d'approfondir notre compréhension concernant la prise en charge de la grippe par les MGs, leurs perceptions et leur expérience quant à l'utilisation des antiviraux lors d'une épidémie saisonnière de grippe.

1. Matériels et méthodes

1.1. Choix de la méthode

Le type d'étude qualitative par entretiens individuels a été préféré aux études quantitatives du fait de l'objectif de notre étude. Nous voulions explorer les perceptions et les expériences des MGs et l'étude qualitative laisse une liberté de parole plus importante et permet d'obtenir une plus grande variété d'idées dans la mesure où le sujet n'a été que très peu étudié. Ce type d'étude nous a donc permis de mieux comprendre la question posée dans son contexte.

Une étude en focus groupe aurait également été possible. Nous avons choisi d'interroger les MGs sous forme d'entretiens individuels pour permettre une meilleure expression des MGs dans leur milieu professionnel réel et pour une plus grande facilité d'organisation du fait que les participants n'ont pas à se déplacer.

1.2. Echantillonnage et recrutement

Pour limiter le biais de sélection, nous avons constitué un échantillon diversifié sur les critères de sexe, âge, mode d'exercice et secteur d'installation. L'étude avait lieu dans le département des Alpes-Maritimes pour correspondre aux limitations géographiques de l'étude ALIC⁴E dont notre étude constitue un état des lieux, ainsi que pour des raisons de faisabilité. Le recrutement était basé sur le volontariat à partir de l'annuaire téléphonique. Ce mode de recrutement a pu engendrer un biais de sélection du fait que les médecins non intéressés par les AV pouvaient refuser l'entretien, ceci entraînant sur notre échantillon d'étude une moins grande proportion de médecins non prescripteurs que celle existant en réalité. Toutefois, au cours des appels téléphoniques, seulement 4 médecins ont refusé de participer à l'étude. Pour 3 d'entre eux le motif était un « manque de temps » et seul 1 n'a pas voulu participer car il n'était pas intéressé par les antiviraux. De plus, parmi les MGs

interrogés, 6 ne prescrivaient jamais d'AV, mais ont accepté de participer à l'étude après avoir été convaincus de l'importance de leurs idées à ce sujet.

1.3. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés en suivant un guide d'entretien élaboré après étude de la littérature et formation à la technique de recueil de données par entretiens individuels. De plus, des entretiens tests ont été menés pour en vérifier la pertinence sur le terrain, et le guide n'a été que peu modifié par la suite.

L'intervieweur s'est attaché à rester neutre, à ne pas influencer le participant dans ses réponses, à clarifier les réponses ambiguës et respecter une méthodologie systématique. Au fur et à mesure des entretiens, les conversations étaient de plus en plus informatives et riches en idées. Avec l'expérience, l'investigateur appréhendait mieux les réponses des médecins et pouvait les approfondir.

La saturation des idées a été identifiée grâce au suivi des nouvelles idées au fur et à mesure des entretiens sur un fichier Excel. Cette saturation demeure néanmoins théorique, c'est pourquoi 2-3 entretiens supplémentaires ont été effectués après l'obtention de la saturation des données.

Le matériel utilisé pour les enregistrements était fiable et fonctionnel. L'application Dictaphone permettait de réécouter directement sur le téléphone mobile ou sur un ordinateur.

La transcription des résultats a été effectuée par la même personne (KC) après formation à la transcription verbatim et sous la surveillance du Directeur de thèse (PTL). L'analyse thématique, réalisée sur NVivo après formation à l'utilisation de ce logiciel, a été discutée au fur et à mesure de son avancement avec PTL et PB de même que l'interprétation, afin d'en diminuer les biais d'analyse.

2. Résultats

2.1. Résultats quantitatifs

2.1.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillonnage des MGs était représentatif de la population nationale de médecins généralistes (38) quant aux différentes caractéristiques selon lesquelles nous nous sommes attachées à diversifier le recrutement: sexe, âge, mode d'exercice (39) et secteur d'installation. Toutefois, les médecins maîtres de stage étaient légèrement plus représentés (27% vs 9,5%) dans notre échantillon. Les secteurs d'installation étaient bien répartis dans les Alpes Maritimes.

Tableau VII. Caractéristiques de l'échantillon

	Médecins Interrogés	%	PACA (2013) (40)	AM (2015) (38)	France (2015) (38)
Sexe					
Femme	10	45%	43%	43%	45%
Homme	12	55%	57%	57%	55%
Age					
29-40 ans	5	23%	13%	14%	14,80%
40-50 ans	3	14%			
50-60 ans	8	36%			
> 60 ans	6	27%	29%	30%	26,70%
Moyenne âge (ans)	51,7		53	53	52
Mode d'exercice (2009) (39)					
Seul	10	46%			46%
En groupe	12	54%			54%
Maitre de stage	6	27%			9,50%
Mode d'exercice particulier	3	13%			12,50%
Secteur d'installation					
Nice	5				
Littoral	10				
Arrière pays	4				
Montagne	3				
Année d'installation					
De 1973 à 2014					

2.1.2. Pratiques déclarées

Dans notre étude, la majorité des médecins déclarent prescrire « parfois » des AV et quelques un déclarent n'en prescrire « jamais ». Ces pratiques déclarées sont en accord avec celles de l'étude de Barthe J. et al. (10) Cette étude est la seule dans la littérature évaluant le taux de prescriptions déclarées d'AV en France, elle a été réalisée après la pandémie grippale A (H1N1)2009 et portait sur la prescription lors de cette pandémie. Elle avait pour objectif de décrire les déterminants associés à la prescription d'AV spécifiques de la grippe en médecine générale de façon rétrospective. Ses résultats sont les suivants : 6% des médecins ont déclaré avoir prescrit « souvent » des AV, 69% « parfois » et 25% jamais. Ceux-ci sont comparables à ceux observés dans notre étude, confirmant la pertinence de notre échantillon.

2.2. Résultats qualitatifs

2.2.1. Prise en charge du syndrome grippal par les MGs

Notre étude a montré que l'épidémie grippale hivernale représente pour la quasi-totalité des médecins interrogés une augmentation significative de la charge de travail. L'afflux de patients est géré différemment selon les MGs interrogés. D'après les médecins interrogés, les patients consultant pour ce motif sont principalement représentés par les enfants et les jeunes actifs. Cette répartition avait été observée dans l'article du BEH d'octobre 2015 (41), faisant la synthèse de l'épidémie grippale 2014-2015. Il était précisé que le taux d'incidence cumulée de consultations pour syndromes grippaux a été plus élevée dans les classes d'âges 0-4 ans et 5-15 ans et plus faible chez les personnes de 65 ans et plus.

2.2.1.1 Principales situations de prescriptions des antiviraux

Les principales situations dans lesquelles les AV sont donnés dans notre étude sont les patients présentant des facteurs de risque, dans les 48 premières heures de la symptomatologie, les actifs ne voulant pas s'arrêter et les gripes sévères. D'autres situations moins fréquentes sont évoquées, l'âge du patient (personnes âgées), la vie en collectivités et la prescription prophylactique pour les patients avec facteurs de risque.

Lorsque l'on compare ces situations aux recommandations, on s'aperçoit que ces situations sont adéquates. En effet, les dernières recommandations émises en mars 2015 par le HCSP (6) préconisent de donner un traitement curatif chez les personnes symptomatiques à risque de complications âgées de 1 an et plus, y compris les femmes enceintes (personnes ciblées par la vaccination grippale), chez les personnes présentant une grippe grave d'emblée ou dont l'état général s'aggrave. Un traitement préemptif (à dose curative) est recommandé chez les personnes asymptomatiques mais jugées à risque très élevé de complications et en contact étroit avec un cas confirmé cliniquement. Un traitement prophylactique en post exposition est préconisé chez les personnes jugées à risque de complications après contact étroit de moins de 48h, et en collectivité de personnes à risque. Dans l'ensemble, les situations pour lesquelles les MGs disent prescrire les AV sont conformes aux recommandations. Cette analyse des situations de prescriptions par rapport aux recommandations concorde avec celle réalisée dans une étude française, l'étude de Blanchon

T. (7) qui conclut que lorsque les INA sont prescrits, les prescriptions « *ciblent correctement les sujets porteurs d'un facteur de risque* ».

L'étude Blanchon T. a pour objectif d'évaluer les déterminants de la prescription des inhibiteurs de la neuraminidase en médecine de ville, lors et depuis la pandémie A (H1N1)2009. C'est une étude rétrospective observationnelle sur la pandémie de 2009 et les épidémies saisonnières suivantes jusqu'à 2013. Dans cette dernière sont évoquées les mêmes situations que dans notre étude : taux de prescriptions plus important chez les patients vus dans les 48 premières heures des symptômes, présentant des facteurs de risque et âgés de plus de 65 ans.

Deux situations dans lesquelles les MGs disent prescrire et qui ne sont pas conformes aux recommandations sont les situations où le patient est une personne active qui ne veut pas s'arrêter, et la notion de contagion chez un patient sans facteur de risque. Cela peut s'expliquer par la relation que le médecin entretient avec son patient. Cette idée est présente dans l'étude de Barthes J. et al. sous le motif « satisfaire la demande du patient », mais pas dans l'étude Blanchon T. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette dernière soit une étude observationnelle utilisant 3 bases de données : réseau Sentinelles, GROG et la société IMS-health : ce type de situation de prescription n'était pas recueilli.

Certaines situations de prescription sont communes aux AV et antibiotiques : la présence de facteurs de risque, la prescription à la demande du patient, les personnes âgées, les gripes sévères et la vie en collectivités. Toutes ces situations de prescriptions d'antibiotiques ne constituent pas à elles seules une justification au regard des recommandations (6). Nombre de ces prescriptions pourrait donc être évitées mais dans ces mêmes situations les AV sont recommandés, exceptée la prescription à la demande du patient.

2.2.1.2 Attentes à la prescription des antiviraux

Les principaux objectifs de prescription dans notre étude sont : limiter les symptômes, puis prévenir les complications de la grippe, limiter l'épidémie, éviter une décompensation de pathologie chronique et satisfaire la demande du patient.

La principale étude explorant les perceptions et des déterminants de prescription des antiviraux par les MGs en France est l'étude de Barthe J. et al. (10). À la différence de notre étude, c'est une étude quantitative, menée rétrospectivement sur la période de la pandémie A (H1N1) 2009.

La plupart de ces motifs sont comparables avec ceux de l'étude Barthe J. et al., qui retrouvait « agir sur le risque de complications », « agir sur la durée des symptômes », « agir sur la contagiosité » et « satisfaire la demande du patient » (faiblement représenté). L'idée d'éviter une décompensation de pathologie chronique n'était pas un item proposé dans l'étude quantitative, peut être était-ce sous entendu dans l'item agir sur le risque de complications. Dans notre étude, les deux idées ont été évoquées distinctement par les médecins. C'est une force de notre étude.

Certains motifs de prescription sont comparables à ceux évoqués pour les antibiotiques dans notre étude : éviter une surinfection bactérienne, satisfaire la demande du patient et éviter les décompensations de pathologies chroniques. Pour ces motifs, certains MGs prescrivent soit l'un soit les antiviraux, soit les antibiotiques voire les deux. Les déterminants motivant le choix des MGs en faveur de l'une ou l'autre des thérapeutiques n'ont pas pu être analysés au cours des entretiens mais cette problématique soulevée mériterait d'être approfondie dans une étude complémentaire.

2.2.1.3 Obstacles à la prescription des antiviraux

Les MGs interrogés ont émis des freins à la prescription.

Certains freins tels que des doutes sur l'efficacité, la crainte des effets indésirables et un service médical rendu jugé faible sont comparables aux obstacles relevés dans l'étude de Barthe J. et al. Concernant la crainte des effets indésirables, à l'inverse de nos attentes, compte tenu de l'importance de la polémique récente concernant les AV (cf. II. Polémique autour des INA : revue de la littérature), ce sont les effets indésirables qui ont été expérimentés par le médecin généraliste dans sa patientèle qui sont redoutés et non pas ceux évoqués par la presse médicale ou les notices des médicaments. L'importance de l'expérience personnelle pour le médecin généraliste français face aux recommandations avait été analysée par Trepos J.-Y. et al. (42) dans une étude de sociologie. Dans les résultats de cette étude, plus de la moitié des MGs ont déclaré approuver le rôle des recommandations, s'efforcent d'en tenir compte mais comptent essentiellement sur leur expérience pour faire un tri dans les informations qu'ils reçoivent. Cette information apportée par les MGs de notre étude permet d'apporter un approfondissement concernant la crainte des effets indésirables.

D'autres freins tels qu'un délai de 48 heures souvent dépassé, des doutes concernant le remboursement et le prix ne sont pas décrits dans l'étude de Barthe et constituent une force supplémentaire de notre étude. Les modalités de recueil des idées ne sont pas détaillées dans l'article mais probablement ces différents items n'étaient pas proposés dans le questionnaire.

Enfin, dans notre étude, quelques médecins ont cité comme freins les difficultés de gestion par les autorités sanitaires à la fois au niveau des différents changements de recommandations et du stockage du médicament. L'importance de ce frein diffère de ce qui est décrit dans l'étude de Barthe J., où un peu moins de la moitié des médecins ont été mis en difficulté par les recommandations officielles, les variations de recommandations et leur complexité. Peut être est ce le fait que l'étude Barthe J. a été faite dans une période proche de la pandémie et ces difficultés concernant les recommandations avaient été particulièrement mises en exergue par les médias à ce moment là. Les INA et particulièrement l'oseltamivir ont fait l'objet d'une vive polémique ces 6 dernières années (cf. II. Polémique autour des INA : revue de la littérature). Les études concernant l'efficacité et l'innocuité des INA ont été remises en question par plusieurs auteurs d'article dont l'équipe de la revue Cochrane. Les recommandations concernant l'utilisation et les mises en réserve des INA au niveau mondial ont été très critiquées par la presse médicale internationale et un scandale a éclaté particulièrement dans la presse anglosaxonne. Un retour sur les articles marquants de la polémique sera discuté un peu plus loin. En France, cette polémique a été relayée principalement par la revue Prescrire.

Certains obstacles à la prescription des AV sont communs aux antibiotiques comme la crainte des effets indésirables et la résistance du virus ou du germe.

2.2.2. Attitudes face aux effets indésirables d'un médicament

A la question qui explorait comment les MGs interrogés géraient les effets indésirables d'un médicament, notre étude relève que la moitié des médecins interrogés a fait une déclaration de pharmacovigilance uniquement pour les effets indésirables sévères au cours de leur exercice. Les motifs de non déclaration sont le manque de temps, soit pour la faire, soit par crainte d'une trop grande sollicitation une fois la déclaration faite ou parce que les médecins ne savent pas comment la faire.

La déclaration spontanée est la principale méthode utilisée pour la pharmacovigilance en France. Depuis le décret du 8 novembre 2012 (43) relatif au renforcement des dispositions en matière de sécurité des médicaments à usage humain soumis à AMM sur le marché et à pharmacovigilance, modifiant l'article L.5121 du Code de la Santé Publique, les médecins, chirurgien dentiste, sage femme ou pharmacien ont l'obligation de déclarer immédiatement tout effet indésirable d'un médicament. Les autres acteurs de la déclaration de la pharmacovigilance sont les autres professionnels de santé, les patients eux-mêmes, les associations de patients. Quant à l'industrie pharmaceutique, elle a l'obligation de déclarer

sans délai les événements indésirables graves liés à leur médicament. Dans le cas de l'oseltamivir, un article de Prescrire (44) est paru sur le fait que Roche n'avait pas divulgué l'ensemble des effets indésirables relevés au cours des études.

La sous-déclaration et les freins à la déclaration, cités par les MGs de notre étude sont déjà connus dans la littérature (45).

2.2.3. Sources d'information, vecteurs d'opinion

A la dernière question posée sur les sources d'information conduisant à la prise de décision thérapeutique, notre étude met en évidence plusieurs sources et expériences. Majoritairement c'est la propre expérience des MGs qui est citée puis les données épidémiologiques, les recommandations, les études et articles de presse, les formations (congrès, formations médicales continues) et les médias. L'étude de Barthe. J cite la plupart de ces sources. Quelques MGs dans notre étude évoquent également les représentants de laboratoires pharmaceutiques. La presse professionnelle a été citée par une bonne partie des médecins, la revue qui est nommée le plus souvent est Prescrire. Cela est en accord avec l'étude Barthe. J qui désigne également « Prescrire » comme étant la plus fréquemment citée.

2.2.4. La vaccination antigrippale

La plupart des MGs interrogés ont évoqué spontanément la vaccination antigrippale au cours des entretiens. Une grande majorité des médecins de notre étude se fait vacciner et la quasi totalité d'entre eux conseillent la vaccination à leurs patients à risque. Ils s'accordent sur l'efficacité de la vaccination dans leur patientèle. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Joseph J.-P. et al concernant l'influence de la vaccination des MGs sur celle de leur patientèle qui montre une association positive entre la vaccination déclarée des MGs et celle effective de leurs patients âgés de 65ans et plus (46). D'après le baromètre santé médecins généralistes 2009, 73,6% des MGs déclarent s'être fait vacciner l'hiver dernier et 81,2% pour ceux exerçant en cabinet de groupe (39).

Les facteurs associés à la prescription qui avaient été significativement associés à davantage de prescriptions déclarées étaient le fait de s'être fait vacciner, d'avoir conseillé la vaccination dans l'étude de Barthe J.

VI. CONCLUSION

A travers notre étude, nous avons fait un état des lieux des perceptions et expériences des MGs en France quant à l'utilisation des AV. Elle nous a permis de mieux comprendre la prise en charge de la grippe en cabinet de médecine générale. Par rapport à ce qui était connu dans la littérature, nous avons pu confirmer et mieux décrire des situations où les antiviraux sont prescrits. Les situations de prescription d'antiviraux sont pour la plupart adéquates, au regard des recommandations. Notre étude a permis d'identifier des attentes et des freins supplémentaires concernant cette prescription. Les attentes des antiviraux qui n'avaient pas été décrites auparavant sont le souhait d'éviter une décompensation de pathologie chronique et les freins nouvellement identifiés sont : le délai de 48 heures souvent dépassé, des doutes concernant le remboursement et le prix, la crainte d'effets indésirables déjà expérimentés et non ceux évoqués par la presse médicale ou les notices de médicaments. Notre étude a aussi montré que certaines idées sont communes avec celles qui sont évoquées pour la prescription des antibiotiques. Ce dernier point soulève la question des déterminants motivant le choix des MGs en faveur de l'une ou l'autre des thérapeutiques. Des motifs de non déclaration d'effets indésirables ont également été identifiés.

Enfin, notre étude nous a permis de nous rendre compte de l'acceptabilité d'une étude comme ALIC⁴E auprès des MGs et l'implication directe de l'étude est de pouvoir adapter le recrutement, les séances d'entraînement et la coordination à cette population en fonction de leurs besoins.

Les résultats de notre étude ont été présentés au congrès du réseau de recherche en infectiologie en médecine générale GRIN (General practice Research on Infections Network), ce qui a permis de décrire les spécificités des MGs français et de les comparer à celles des autres pays participants à l'étude ALIC⁴E.

VII. BIBLIOGRAPHIE

(1) Grippe Généralités. Points sur les connaissances.

Disponible sur :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Points-sur-les-connaissances> (consulté le 30/01/2016)

(2) Bourdillon F. Éditorial. La grippe est l'infection épidémique qui tue, chaque année, le plus de personnes en France. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(32-33):592-3. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/32-33/2015_32-33_0.html (consulté le 30/01/2016)

(3) Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(32-33):593-8. <http://www.invs.sante.fr/beh/2015/32-33/index.html> (consulté le 30/01/2016)

(4) Couverture vaccinale. Grippe. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Grippe> (consulté le 30/01/2016)

(5) Prise en charge de la grippe en dehors d'une situation de pandémie en 2005. Spilf.

(6) Haut Conseil de la santé publique. Avis du 3 mars 2015 relatif à la priorisation de l'utilisation des antiviraux en situation d'épidémie de grippe saisonnière. Disponible sur <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=482> (consulté le 30/01/2016).

(7) Blanchon. T et al. Use of neuraminidase inhibitors in primary health care during pandemic and seasonal influenza between 2009 and 2013. Antivir Ther. 2015;20(7):753-61

(8) Acute respiratory infection and winter antibiotic prescription in general practice since 2006 in France. 19th Wonca Europe Conference.

(9) L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. Novembre 2014. Disponible sur www.ansm.sante.fr (consulté le 30/01/2016)

(10) Barthe. J et al. French general practitioners' perceptions and use of neuraminidase inhibitors during the pandemic A 2009 influenza. *Sante Publique*. 2011 Jul-Aug;23(4):305-15.

(11) Rapport européen public d'évaluation.

Disponible sur http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000402/WC500033101.pdf (consulté le 30/01/2016)

(12) Cinq avis favorables pour de nouvelles AMM : retour sur la réunion de mars 2015 du CHMP - Point d'Information.

Disponible sur <http://ansm.sante.fr/S-informer/Travaux-de-l-Agence-Europeenne-des-Medicaments-EMA-Comite-des-medicaments-a-usage-humain-CHMP/Cinq-avis-favorables-pour-de-nouvelles-AMM-retour-sur-la-reunion-de-mars-2015-du-CHMP-Point-d-Information> (consulté le 30/01/2016)

(13) Informations sur <http://www.prepare-europe.eu> (consulté le 30/01/2016)

(14) Kaiser L, et al,. Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations. *Arch Intern Med* 2003 ;63 :1667-72

(15) Chan M. Swine influenza. 2009.

www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090425/fr/index.html

(16) Hama R. Discussion of the causal relationship between oseltamivir phosphate (Tamiflu), and sudden death and death from abnormal behaviour. Presentation at a session of Japanese Society for Pediatric Infectious Diseases in Tsu, Mie Prefecture, 12 November 2005. www.npojip.org/english/no59.html

(17) Jefferson et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ*2009;339:b5106

(18) Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Heneghan CJ, Hama R, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;1:CD008965.

(19) World Health Organization. WHO model list of essential medicines. Adults, 19th edn (April 2015).

http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf (consulté le 30/01/2016)

(20) Rawlins. M. We are asking more questions about NICE appraisal of Tamiflu. *BMJ*2012;345:e8420

(21) Jefferson T et al,. Oseltamivir for influenza in adults and children: systematic review of clinical study reports and summary of regulatory comments. *BMJ*2014;348:g2545

(22) Jefferson T, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database Syst Rev*2014;4:CD008965

(23) Loder.E. The Tamiflu trials. *BMJ* 2014;348:g2630.

(24) Torjesen. I. Cochrane review questions effectiveness of neuraminidase inhibitors. *BMJ* 2014;348:g2675

(25) Belluz.J. Tug of war for antiviral drugs data. *BMJ* 2014;348:g2227

(26) European Centre for Disease Prevention and Control. New and updates evaluations of neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza published. 2014. www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvise/_layouts/forms/Review_DispForm.aspx?List=a3216f4c-f040-4f51-9f77-a96046dbfd72&ID=764 (consulté le 30/01/2016)

(27) Muthuri SG, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. *Lancet Resp Med*2014;2:395-404. (PRIDE)

(28) Jefferson T, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database Syst Rev*2014;4:CD008965

- (29) Jefferson T et al., Oseltamivir for influenza in adults and children: systematic review of clinical study reports and summary of regulatory comments. *BMJ* 2014;348:g2545
- (30) O'Dowd. A. Government says it would stockpile Tamiflu again. *BMJ* 2014;349:g6386.
- (31) Dobson J, et al., Oseltamivir treatment for influenza in adults : a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2015
- (32) Jefferson.T, Doshi.P. Multisystem failure: the story of anti-influenza drugs. *BMJ* 2014;348:g2263
- (33) Kaiser L, et al., Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations. *Arch Intern Med* 2003 ;63 :1667-72
- (34) Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: L'entretien. 2ème éd..Paris: Armand Colin, La collection universitaire de poche 128 2007. 126p.
- (35) Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale* 2002; 3 (2): 81-90.
- (36) Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS. Atlas de la démographie médicale en France 2015. Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr.
- (37) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). (2006), p. 77-101. ISSN 1478-0887.
- (38) Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} Janvier 2015. Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr (consulté le 30/01/2016)
- (39) Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
- (40) La démographie médicale en région Provence-Alpes Côte-d'Azur. Situation en 2013 Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr (consulté le 30/01/2016)

(41) Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(32-33):593-8.

(42) TREPOS J.-Y., LAURE.P., Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2008, vol. 56, n°S4, P. 221-229.

(43) Décret n° 2012-1244 du 8 novembre 2012 relatif au renforcement des dispositions en matière de sécurité des médicaments à usage humain soumis à autorisation de mise sur le marché et à la pharmacovigilance. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=30CAAB3B893182BFE6C1FD437329D1B7.tpdjo05v_3?cidTexte=LEGITEXT000026593781&dateTexte=20140206 (consulté le 30/01/2016)

(44) "Malfaisance à l'échelle industrielle" Rev Prescrire 2012 ; 32 (349) : 853.

(45) Bastien Jeudy-Brosset. Utilisation d'un module semi-automatique de déclaration des effets indésirables médicamenteux : une proposition pour simplifier la démarche du médecin généraliste [Thèse : Med]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2014.

(46) Joseph J.-P. et al. Seasonal influenza vaccination coverage of general practitioners and their patients. Practice survey of French general practitioners after vaccination campaign 2011–2012.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction (à dire aux participants avant le début de l'entretien)

Je m'appelle Karine CASTELLANI, je suis interne en médecine générale. Mon travail de thèse consiste à faire un état des lieux qualitatif des perceptions et de l'expérience personnelle des médecins généralistes quant à l'utilisation des antiviraux lors d'une épidémie de grippe. Il s'inscrit en amont d'un projet européen, PREPARE, dont le CHU de Nice est le promoteur français et le Département de Santé Publique le coordinateur. L'objectif principal de ma thèse est d'explorer la prise en charge des patients en soins primaires présentant un syndrome grippal en période d'épidémie grippale et particulièrement l'expérience quant à la prescription des antiviraux.

Les propos recueillis aujourd'hui seront anonymisés et analysés par mes soins, en collaboration avec le directeur de thèse. Il est très important que vos réponses reflètent votre propre expérience pour que mon étude soit la plus proche possible de la pratique réelle.

Etes-vous d'accord pour que l'on poursuive cet entretien et que nous enregistrons vos réponses pour avoir un reflet fidèle de vos propos et les analyser ultérieurement ? (Signature du formulaire de consentement)

I. Questions

a. Vécu d'une épidémie de grippe

- Dans votre expérience personnelle, comment une épidémie de grippe habituelle influence-t-elle votre activité professionnelle? (décrire vos modifications de conditions de pratique)

b. Prise en charge d'un syndrome grippal

- Quelle est votre prise en charge habituelle face à un patient sans antécédent présentant un syndrome grippal ?
- Dans quelles situations prescrivez-vous un antiviral ?
 - Pouvez-vous nous donner vos motivations ou vos craintes pour cette thérapeutique ?
 - Quels conseils d'usage donneriez-vous à votre patient ?
- Dans quelles situations prescrivez-vous un antibiotique dans les 48 premières heures?
 - Pouvez-vous nous donner vos motivations ou vos craintes pour cette thérapeutique ?
 - Quels conseils d'usage donneriez-vous à votre patient ?
- Sur quelles sources d'information ou quelle expérience, basez-vous votre décision thérapeutique ?
- Que pensez-vous des antiviraux ?

c. Déclaration de pharmacovigilance

- Dans le cas où vous constatez un effet indésirable lié à une thérapeutique, que faites-vous ? Avez-vous rencontré des difficultés ?

II. Remerciements

Annexe 2 : Questionnaire

Questionnaire

- Quel est votre sexe ? M ☐ F ☐
- Age :
- En quelle année vous êtes-vous installé ?
- Dans quel secteur exercez-vous ? I ☐ II ☐
- Dans quel commune êtes –vous installé ?
 Nice ☐ Autre ville du littoral ☐ Arrière-pays ☐ Montagne ☐
- Quel est votre mode d'exercice ? En groupe ☐ Seul ☐
- Etes-vous maitre de stage ? Oui ☐ Non ☐

- Avez-vous suivi une formation spécifique sur la grippe ?
 Oui ☐ Non ☐
 Laquelle ? Quand ?
- Faites-vous parti d'un réseau de surveillance de la grippe ?
 Oui ☐ Non ☐
- Etes-vous abonné à une revue médicale : Oui ☐ Non ☐
 Laquelle :

- Prescrivez-vous les traitements antiviraux ?
 Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent ☐
- Habituellement, vous faites-vous vacciner contre la grippe ?
 Oui ☐ Non ☐
- Comment caractériseriez-vous votre patientèle ?

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet : Les antiviraux dans la grippe

Introduction : Nous réalisons une étude qualitative dans le cadre d'une thèse en Médecine générale dont l'objectif est l'exploration de la prise en charge des patients en soins primaires présentant un syndrome grippal en période d'épidémie de grippe et particulièrement votre expérience quant à la prescription des antiviraux.

Que se passe-t-il si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où on vous posera des questions concernant votre expérience personnelle face à une épidémie de grippe quant à l'influence sur votre activité professionnelle et votre prise en charge.

Combien de temps cela prendra ?

L'entretien individuel durera entre 15 et 30 minutes.

Les entretiens seront enregistrés puis retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Ils seront ensuite analysés de façon thématique. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse en Médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

- Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions,
- Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je suis libre de changer d'avis à tout moment, sans avoir à fournir de raison,
- Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien,
- Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans la thèse ou dans une publication,
- Je suis d'accord pour participer à l'étude,

Nom (participant) _____

Nom ____CASTELLANI ____

Date _____

Date _____

Signature

Signature

Abstract:

How do French GPs experience antiviral prescription and Influenza-like illness (ILI) management during an influenza epidemic?

Authors: Karine Castellani*, Pia Touboul Lundgren, Cécile Mouille-Blanc, Pascale Bruno
Department of Public Health, Nice University Hospital, France
Department of Teaching and Research in General Practice, Nice University, France

Background

Influenza affects 1-5 million patients in France yearly. Although usually benign, it can result in severe complications or death, particularly among risk groups. In France, the 2014-2015 flu epidemic was characterized by a large number of cases, complications and deaths (winter mortality was 17% higher than expected). Vaccination is the best prevention against flu and is recommended in France for persons over 65 years, and those with chronic diseases or living in institutions, but vaccination coverage has decreased, from 59% (2009) to 47% (2015) (10th place in Europe). According to French 2015 recommendations, management of ILI is based on symptomatic treatment. Neuraminidase inhibitors are recommended for at-risk patients over 1 year, including pregnant women, or in case of initially severe flu symptoms. Antiviral prescription for ILI were 11% overall and 33%, in at-risk populations (2013), while antibiotic prescriptions within the first 48 hours for acute respiratory infection increased from 10% in 2007 to 14% in 2013.

This qualitative study was conducted ahead of our participation in a pan-European multicenter interventional, randomized trial (ALIC4E) concerning ILI management in primary care. It aimed to explore GPs perception of antiviral prescribing and their experience in managing patients with ILI in primary care during an outbreak.

Method

This was a qualitative study using individual peer-conducted interviews among a purposeful sample of GPs in the Alpes Maritimes recruited by telephone on a voluntary basis. Each participant signed a consent form. Interviews were conducted until data saturation by a trained interviewer according to an interview schedule. They were recorded and transcribed verbatim. A thematic, anonymous analysis will be conducted using NVivo software..

Results and discussion

The analysis is ongoing, preliminary results will be presented.

IX. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé :

Perceptions et expériences des médecins généralistes quant à la prescription des inhibiteurs de la neuramidase lors d'une épidémie de grippe.

Introduction

Les recommandations françaises préconisent un traitement symptomatique et des inhibiteurs de la neuraminidase (INA) chez les patients à risque et en cas de grippe sévère en période épidémique. Notre étude vise à explorer la perception et l'expérience de la prescription d'INA par les médecins généralistes (MGs) lors de la prise en charge de patients présentant un syndrome grippal en amont de notre participation au projet européen ALIC⁴E sur ce thème.

Méthode

Etude qualitative par entretiens individuels, menés en cabinet de MG auprès d'un échantillon théorique varié, jusqu'à saturation de données. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits verbatim, suivi d'une analyse thématique.

Résultats

Les médecins interrogés déclarent tous avoir une augmentation significative de la charge de travail. Ils prescrivent en général un traitement symptomatique et chez certains patients un INA et/ou un antibiotique. Les INA sont prescrits majoritairement chez les patients présentant des facteurs de risque, dans les 48 premières heures, pour les actifs ne voulant pas s'arrêter et les gripes sévères. Leurs principales attentes, dont certaines sont comparables à celles évoquées pour les antibiotiques, sont de limiter les symptômes, prévenir les complications, limiter l'épidémie. Les freins à la prescription sont des doutes quant à l'efficacité, au remboursement et au prix, le délai des 48 heures dépassé et des craintes d'effets indésirables déjà expérimentés personnellement.

Conclusion

Cette étude pré-interventionnelle nous a aidé à mieux comprendre la prise en charge du syndrome grippal par les MGs. L'influence de l'épidémie sur la pratique, les attentes et les freins à la prescription des INA ont été identifiés, certains sont comparables à ceux retrouvés pour les antibiotiques. Ces résultats seront pris en compte lors de la mise en œuvre du projet ALIC⁴E.

Mots Clefs : Syndrome grippal, Médecins généralistes, Inhibiteurs de la neuraminidase, Etude qualitative.